

Prijava za beneficije Apple Health for Kids (Apple zdravlje za decu)



Application for Apple Health for Kids Benefits

Ova prijava je samo za pokriće zdravstvenih troškova dece i omladine do 19 godina. Ako imate pitanja ili biste želeli pomoći u popunjavanju ovog formulara, pozovite 1-877-543-7669. Biće nam drago da vam pomognemo! Popunjenu prijavu pošaljite poštom na MEDS, PO Box 45531, Olympia, WA 98504-5531.

(Navedite roditelja, staratelja ili kontakt osobu koja će primati dalje informacije.)

1. IME	SREDNJE SLOVO	PREZIME						
2. BORAVIŠNA ADRESA	ULICA	GRAD	DRŽAVA	POŠTANSKI BROJ				
3. ADRESA ZA SLANJE POŠTE (AKO JE RAZLIČITA)		GRAD	DRŽAVA	POŠTANSKI BROJ				
4. BROJ TELEFONA KOD KUĆE ()	BROJ TELEFONA NA POSLU ()	BROJ TELEFONA ZA PORUKE ()	E-ADRESA					
5. Da li svi koji se prijavljuju za beneficije prebivaju u Državi Vašington? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne Ako ne, navedite ko ne prebiva								
6. Da li imate problema da govorite, čitate ili pišete engleski i potreban vam je tumač? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne Koji jezik ili alternativni format vam je potreban?								
7. Da li vam je potrebna pomoć u plaćanju neplaćenih zdravstvenih računa u poslednja 3 meseca za bilo koje od dece za koju se prijavljujete? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne								
8. Da li je neko u vašem domu u drugom stanju? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne Ako "da", ko?			Termin porođaja:					
Opštne informacije								
9. Navedite članove porodice koji žive zajedno . (Ako je potrebno, priložite zaseban list papira da biste naveli više članova porodice).								
IME (IME, SREDNJE, PREZIME)	POL M/Ž	SRODSTVO SA VAMA	DATUM ROĐENJA (MES/DAN/GOD)	BROJ SOCIJALN OG OSIGURA NJA	OZNAČITI AKO JE DOKUMENTOVAN STRANI DRŽAVLJANIN	OZNAČITI AKO JE DRŽAVLJANIN SAD	RASA *(VIDETI UZORKE NIŽE)	IME PLEMENA (Za američke indijance, urođenike Aljaske)
A. Roditelj, staratelj ili lično					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B. Supružnik ili drugi roditelj (ako živi u domu)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
C. Navedite decu i omladinu do 19 godina (koji žele zdravstvene beneficije)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
D.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
E.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
F.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
G. Navedite bilo koju odraslu osobu/dete u domu koji ne žele zdravstvene beneficije.								
* Podaci o rasi i etničkom poreklu su dobrotvorni. Primeri rase: Belac, crnac ili afroamerikanac, azijat, urođenik Havaja, žitelj pacifičkog ostrva, američki indijanac, urođenik Aljaske ili bilo koja kombinacija rasa. Ovi podaci neće biti korišćeni u razmatranju vaše podobnosti za beneficije.								
Troškovi Ovi podaci mogu pomoći da se vaše dete kvalifikuje. Da li plaćate sledeće troškove?								
10. Da li plaćate za zaštitu deteta ili odraslog izdržavanog lica dok radite, ili plaćate izdržavanje deteta koje je sud naložio za dete koje ne živi u vašem domu? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne					Ako "da", koliko mesečno?		\$	Za koga?



Prihodi Unesite BRUTO platu (pre plaćanja poreza ili troškova).			(Molimo priložite dokaz skorijeg prihoda)		
11. IME POSLODAVCA RODITELJA		BROJ TELEFONA ()		DATUM POČETKA	
12. Iznos koji ste mesečno primali pre plaćanja poreza i troškova je: odbijeno: \$					
13. IME POSLODAVCA SUPRUŽNIKA (ILI DRUGOG RODITELJA KOJI ŽIVI U DOMU)			BROJ TELEFONA ()		DATUM POČETKA
14. Iznos koji je vaš supružnik (ili drugi roditelj koji živi u domu) mesečno primao pre odbijanja poreza i troškova: \$					
* Ako je samozaposlen, možete verifikovati prihode i troškove svojom najsorijom prijavom za povraćaj poreza, uključujući i sve rasporede i priloge, ako ona predstavlja sadašnje/projektovane prihode.					
Drugi prihodi domaćinstva	Prosečan iznos mesečnih primanja	Koji član domaćinstva zarađuje ove prihode?	Drugi prihodi domaćinstva	Prosečan iznos mesečnih primanja	Koji član domaćinstva zarađuje ove prihode?
15. Potpora za dete/alimentacija	\$		16. Uplata socijalnog osiguranja	\$	
17. Beneficije za nezaposlenost	\$		18. Beneficije za vojne veterane	\$	
19. Beneficije rada i delatnosti	\$		20. Investicioni prihodi (Kamata/dividende)	\$	
21. Drugo (objasnite):				\$	
Podaci o zdravstvenom osiguranju Prijavite bilo kakvo zdravstveno osiguranje koje vaša deca već imaju.					
22A. Da li bilo koje od dece za koju se prijavljivate već ima zdravstveno osiguranje? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	22B. Ako "Da", da li to zdravstveno osiguranje pokriva lekara, bolnicu, rendgenske snimke i usluge laboratorije? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	23A. Da li su vaša deca bila pokrivena zdravstvenim osiguranjem povezanim sa zaposlenjem u poslednja 4 meseca? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	23B. Ako "Da", navedite mesečni iznos premije za decu: \$		
24. Ako ste potvrdili sa "Da" bilo koje od pitanja gore (22 A ili B, ili 23 A ili B), navedite ime osiguravajuće kompanije ili poslodavca koji pruža zdravstveno osiguranje za vašu decu:					
OSIGURAVAJUĆA KOMPANIJA ILI POSLODAVAC	BROJ POLISE	IME VLASNIKA POLISE	BROJ SOCIJALNOG OSIGURANJA VLASNIKA POLISE (OPCIONO)		
Opcioni ovlašćeni predstavnik (neko kome dozvoljavate da odeljenje razgovara sa njim o vašim beneficijama ili da prima pisma).					
Ako biste želeli da imenujete predstavnika, odaberite jednu od opcija niže i popunite podatke o predstavniku.					
<input type="checkbox"/> Obratite se agenciji u vezi sa vašim beneficijama; bez primanja pisama. <input type="checkbox"/> Obratite se agenciji u vezi sa vašim beneficijama, sa primanjem pisama.					
IME/ORGANIZACIJA				BROJ TELEFONA	
ADRESA ZA SLANJE POŠTE	GRAD	DRŽAVA	POŠTANSKI BROJ		
Pažljivo pročitajte pre potpisivanja					
Ova prijava je samo za zdravstvene beneficije za decu. Ako neko u vašoj porodici već prima, ili bi želeo da se prijavi za novčane beneficije, basic food (osnovnu) pomoći u hrani ili druge beneficije, kontaktirajte svoju lokalnu DSHS Kancelariju javnih usluga (Community Services Office - CSO).					
<ul style="list-style-type: none"> Agencija ili njen delegat će možda tražiti da dokažete podatke koje dajete, radi donošenja odluke o vašoj podobnosti. Od Agencije ili njenog delegata možete zatražiti pomoći u pribavljanju dokaza. Vaše informacije će možda razmatrati druge državne ili savezne agencije. Ovi podaci NEĆE biti razmenjivani sa Službom za imigraciju i naturalizaciju (Immigration and Naturalization Services - INS). Traženjem i dobijanjem beneficija zdravstvene zaštite, vi dajete Državi Vašington sva prava na bilo kakvu zdravstvenu potporu i na bilo kakve uplate treće strane za zdravstvenu zaštitu. Agencija će možda razmenjivati istoriju vakcinacije vašeg deteta sa Sistemom za praćenje profila imunizacije deteta (Child Profile Immunization Tracking System). 					
IZJAVA I POTPIS					
Pročitao/la sam i razumeo/la informacije u ovoj prijavi. Izjavljujem, pod krivičnom odgovornošću, da su informacije koje sam pružio/la u ovoj prijavi istinite, tačne i potpune prema mom najboljem saznanju.					
POTPIS PODNOSIOCA PRIJAVE	DATUM				